様式第7号

東海市在宅訪問理美容サービス事業請求書（障がい児用）

令和 年 月 日

（あて先）東 海 市 長

請求者

住 所 _____

店名（屋号） _____

代 表 者 名 _____

電 話 番 号 _____

次のとおり、令和____年____月に在宅訪問理美容サービス事業を実施しましたので、東海市在宅訪問理美容サービス事業実施要綱第9条の規定に基づき請求します。

内 容	実施回数 (利用券枚数)	1回当たり 請求金額	合計請求金額
在宅訪問理美容サービス (障がい児用)	回（枚）	5,000円	円

※ 利用券（緑色）の枚数に相違がないか確認の上、利用券を添えて下記の提出先へ提出してください。

【問合せ先・提出先】

東海市市民福祉部 こども課

〒476-8601 東海市中央町一丁目1番地

電話：052-613-7661 / 0562-38-6283